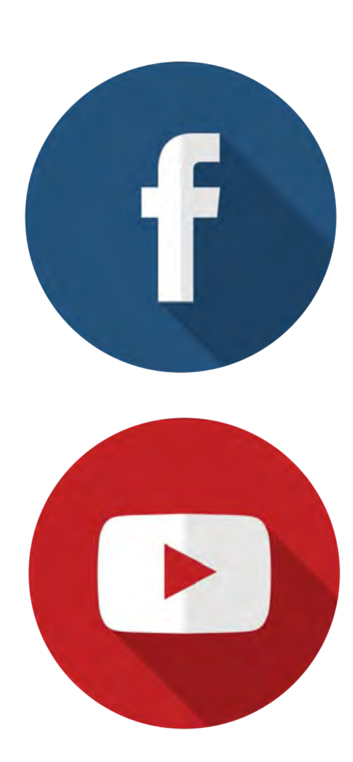
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







# LES HERNIES DIAPHRAGMATIQUES

Dr N. AIT BENAMAR

# INTRODUCTION (1)

- Hernie diaphragmatique = Passage des viscères intra abdominaux dans la cavité thoracique à travers :

  Orifice naturel du diaphragme : Hiatus œsophagien+++ (Hernie Hiatale)

  Orifice congénital : orifice postéro latéral+++ (Bochdalek)
  orifice retroxyphoidien (Fente de Marfan)
  orifice latéral (Fente de Larrey)

- Se traduit par :

  Signes pleuropulmonaires
  Signes cardiovasculaires
  Signes œsophagiens

# INTRODUCTION (2)

- Evolution : Complications mécaniques (Etranglement, Volvulus)
- Traitement chirurgical
- Nosologie → Exclure : Eventration diaphragmatique post traumatique
  - Orifice acquis
  - Viscères intra abdominaux dans le thorax

  Laxité diaphragmatique
  - Pas d'orifice diaphragmatique
  - Viscères abdominaux sous diaphragmatiques

  Hernie hiatale par glissement

# RAPPEL ANATOMIQUE (1)

- **Cloison transversale : Musculaire en périphérie / Tendineuse au centre**
- **Etanche entre les cavités thoracique et abdominale à pression différente**
- **Laissant passage essentiellement à l'œsophage, l'aorte et la VCI par des orifices naturels**

**Foramen de la VCI : Orifice tendineux inextensible ($D_8$-$D_9$)**

**Hiatus aortique : Compris entre les piliers internes du diaphragme, déporté légèrement à gauche, fibreux et inextensible ($D_{10}$)**

**Hiatus œsophagien : Orifice musculaire et extensible ($D_{10}$)**

# RAPPEL EMBRYOLOGIQUE (1)

- **Quatre ébauches mésodermiques vont constituer le diaphragme**
  - **Septum tansversum (3éme semaine), donne le centre phrénique**
  - **Membranes pleuropéritonéales obstruent les hiatus pleuropéritonéaux qui font communiquer la cavité pleurale et la cavité péritonéale**
  - **Méso œsophage dorsal**
  - **Myotomes cervicaux et thoraciques**

- **Anomalies de fusion des ébauches entrainant une hernie diaphragmatique :**
  - **Embryonnaire, avant l'isolement des cavités pleurale et abdominale, (Foramen de Bochdalek, surtout à gauche)**
  - **Fœtale, avec sac individualisable**

# RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

- **Muscle inspirateur par excellence**
- **Favorise le retour veineux cave et la circulation lymphatique**
- **Agit sur l'orifice œsophagien (Fronde diaphragmatique) et s'oppose au reflux du contenu gastrique**
- **S'oppose au diaphragme pelvien (Releveur de l'anus) dans la défécation, la miction forcée, et l'accouchement**

# ANATOMIE PATHOLOGIQUE (1)

- **Hernie diaphragmatique congénitale**

**Fœtale (Morgani/Larrey): Orifice ovalaire entre les insertions antérieures du thorax et la face postérieure du sternum**

**Siège : Droite+++**
**Taille : Qlq Cm / 10 Cm**
**Sac péritonéal toujours présent**
**Contenu : colon, estomac, grêle (rare)**

**Embryonnaire (Bochdalek) : Orifice postéro latéral**

**Siège : Gauche+++**
**Taille : importante**
**Sac péritonéal absent**
**Contenu: : colon, estomac, grêle**

# ANATOMIE PATHOLOGIQUE (2)

- **Hernie diaphragmatique acquise de faiblesse**

**Hernie hiatale par roulement ou hernie paraoesophagienne**

**Orifice surtout à gauche para hiatale, passe au travers d'un des piliers**

**Existence d'un collet → Etranglement**

**Sac herniaire présent**

**Contenu : Grosse tubérosité**

# PHYSIOPATHOLOGIE (1)

Hernie diaphragmatique congénitale



Viscères intra abdominaux Dans le thorax



Compression pulmonaire → Détresse respiratoire (Dyspnée, Cyanose

Gêne au retour veineux → Choc obstructif (Hypotension / Turgescence des jugulaires/PVC ↗



•

# PHYSIOPATHOLOGIE (2)

- **Hernie hiatale par roulement ou hernie para œsophagienne**

**- Ascension dans le thorax de la grosse tubérosité suivie ou non du corps gastrique tandis que le cardia reste en intra abdominal**

**- Rarement accompagnée de reflux gastro œsophagien (RGO) Signes digestifs, respiratoires, cardiaques / volume de la hernie**

# CLINIQUE (1)

- **Circonstances diagnostiques**

**Découverte fortuite+++**

**Formes symptomatiques**

**Douleurs rétro sternale, épigastrique, thoracique**
**Signes œsophagiens (Pyrosis, régurgitation, vomissement)**
**Signes cardiaques ( Σd angineux)**
**Signes respiratoires (toux irritatives, cyanose lors des repas, détresse respiratoire)**

**Formes compliquées**

**HD congénitale/ HH par roulement (Etranglement, Volvulus)**

# CLINIQUE (2)

- **Examen physique**

  **Pauvre+++**

  **Parfois retrouve: Exagération du tympanisme thoracique**

  **Borborisme intra thoracique à l'auscultation**

# PARACLINIQUE

- **Morphologie**

  **Télé thorax : Clarté digestive, gastrique, grélique, colique en intra thoracique**

  **Absence de la poche aergastrique sous diaphragmatique**

  **TOGD : Protrusion intra thoracique de la grosse tubérosité**

  **Position sous phrénique du cardia**

  **FOGD : Diagnostic de la HH**

# COMPLICATIONS

- **Volvulus / Etranglement**

  **- Accident aigue grave ( urgence chirurgicale)**

  **- HD congénitale et HH par roulement**

  **- Douleur épigastrique et thoracique aigue de type vasculaire**

  **- Vomissements**

  **- Téléthorax : Double poche superposée (image en cascade)**
  **Deux niveaux hydro aérique à gauche**

# TRAITEMENT (1)

- **Objectifs : Réduire la hernie**
  **Rétablir l'étanchéité de la cloison diaphragmatique**

- **Moyen : Il est chirurgical**
  **Voie d'abord abdominale, rarement thoracique**
  **Remise des viscères abdominaux dans la cavité péritonéale**
  **Raphie / Prothèse**

# TRAITEMENT (2)

- **Indications: Circonstances diagnostiques**
  **Age du patient (Nouveau né, Nourrisson, Adulte, Vieillard**

  **En urgence : Nné / NRS : Σd de détresse respiratoire / Choc obstructif**
  **Quelque soit l'âge : Etranglement / Volvulus**

  **Situation élective : Sujet âgé**
  **Asymptomatique → Abstention**

  **Quelque soit l'âge**
  **Symptomatique → Chirurgie**

- **Chirurgie : Réduction manuelle de la hernie**
  **Défect diaphragmatique important : Prothèse**
  **Défect minime : Raphie**